

Un Mañana Con Salud Empieza Hoy

LLAME GRATIS AL 1-800-880-5305

Para Solicitar Por Correo, Use Este Formulario



Cobertura de Salud Sin Costo para Niños Desde el Nacimiento Hasta los 18 Años de Edad y para Mujeres Embarazadas

- Beneficios completos de atención médica, dental y de la vista sin costo para niños.
- Sin pagos mensuales.
- Sin copagos por ningún beneficio.
- Escoge planes de seguro de salud en los principales centros de población.
- Los bienes de la familia (tales como cuentas de ahorros o automóviles) no se toman en cuenta para determinar la elegibilidad.
- Más niños con ingresos familiares más altos califican para **Medi-Cal sin costo**.
- Disponible para niños en familias de uno o dos padres que trabajan.
- Solicitud para mandar por correo. No es necesario visitar la oficina de beneficencia pública para hacer la solicitud.



Cobertura de Salud de Bajo Costo para Niños Desde el Nacimiento Hasta los 18 Años de Edad

- Seguro completo de salud, dental y de la vista a bajo costo.
- Pagos bajos mensuales, desde \$4 por niño hasta un máximo de \$45 por familia.
- Sin copago para servicios preventivos (tales como vacunación). Copagos de \$5 para servicios no preventivos (tales como las consultas al médico por una enfermedad).
- Escoge planes de seguro de salud, dental y de la vista.
- Los bienes de la familia (tales como cuentas de ahorros o automóviles) no se toman en cuenta para determinar la elegibilidad.
- Para niños sin seguro de salud y niños que reciben **Medi-Cal con parte del costo**.
- Disponible para niños en familias de uno o dos padres que trabajan.
- Solicitud para mandar por correo.
- Haga su solicitud hasta 3 meses de anticipación para un niño que está por nacer, o para un niño que cumple 1 ó 6 años y perderá **Medi-Cal** sin costo.



Medi-Cal y Healthy Families son dos programas diferentes de cuidado de salud:



- El número de miembros, la edad del niño y los ingresos de la familia determinan para qué programa puede calificar un niño. Pudiera ser que un niño más chico califique para **Medi-Cal** y un niño más grande para **Healthy Families**.
- Si el niño califica para **Medi-Cal sin costo**, **no califica** para **Healthy Families**.
- Si sus ingresos son demasiado altos para ser elegible para **Medi-Cal sin costo**, su **niño puede calificar para Healthy Families**.

Para ser elegible para los Programas Healthy Families o Medi-Cal con este formulario, una persona debe:

- Ser menor de 19 años o ser una mujer embarazada.
- Estar dentro de los límites de ingresos establecidos.
- Ser residente de California.
- Ser ciudadano de Estados Unidos o nacional o extranjero elegible. Sin importar su estado inmigratorio o la fecha de entrada al país, un niño o mujer embarazada pueden calificar para algún tipo de **Medi-Cal**.



CÓMO HACER LA SOLICITUD:

Para hacer la solicitud **no necesita** saber para qué programa(s) califica el niño o la mujer embarazada.

- Sólo llene las páginas A1 a A3 de la solicitud y mándelas por correo, junto con toda la documentación necesaria.
- Si le parece que su niño califica para **Healthy Families**, puede también llenar la página A4. Mande por correo las 4 páginas (A1-A4) junto con el pago mensual y toda la documentación necesaria. Puede hacerlo ahora o nosotros le llamaremos después que determinemos que su niño es elegible. Si llena la página ahora, la cobertura comenzará más pronto.
- Incluso antes de saber si su niño califica para **Medi-Cal**, usted puede llamar al 1-800-430-3003 (la llamada es gratuita) para averiguar qué planes médicos están disponibles en su área y solicitar un paquete de información que contiene formularios de inscripción.

¿NECESITA AYUDA? ¡TODA LA AYUDA ES GRATIS!

Si desea saber para qué programa califica **antes** de firmar y presentar su solicitud, o si necesita ayuda para llenar la solicitud, llámenos **gratis** al **1-800-880-5305**. Nuestros operadores también podrán darle el nombre y número de teléfono de un Asistente Certificado de Solicitud en su comunidad.

INGRESOS BRUTOS MENSUALES (A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2006)

No necesita saber para cuál programa su niño calificará, pero puede usar la tabla de abajo para darse una idea. Si los ingresos mensuales de su familia corresponden o son más bajos que la cantidad que se muestra, su hijo puede calificar para **Healthy Families** o para **Medi-Cal sin costo**. Si usted trabaja, paga por el cuidado de los niños o paga/recibe mantenimiento de hijos y/o mantenimiento por separación o divorcio, reduciremos el nivel de ingresos de la familia. En las instrucciones encontrará la explicación sobre lo que son los ingresos de la familia, el número de miembros en la familia y las deducciones que se permiten. Para información sobre familias más numerosas, llámenos **gratis** al **1-800-880-5305** ó pregunte al **Asistente Certificado de Solicitud**.

| Nº DE MIEMBROS EN LA FAMILIA | NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA UN AÑO DE EDAD O MUJER EMBARAZADA MEDI-CAL | NIÑO DESDE EL NACIMIENTO HASTA UN AÑO DE EDAD HEALTHY FAMILIES | NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD MEDI-CAL | NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DE EDAD HEALTHY FAMILIES | NIÑOS DE 6 A 18 AÑOS DE EDAD MEDI-CAL | NIÑOS DE 6 A 18 AÑOS DE EDAD HEALTHY FAMILIES |
|------------------------------|--|---|---|---|--|--|
| 1 | \$0 - \$1,634 | \$1,635 - \$2,042 | \$0 - \$1,087 | \$1,088 - \$2,042 | \$0 - \$ 817 | \$ 818 - \$2,042 |
| 2 | \$0 - \$2,200 | \$2,201 - \$2,750 | \$0 - \$1,463 | \$1,464 - \$2,750 | \$0 - \$1,100 | \$1,101 - \$2,750 |
| 3 | \$0 - \$2,767 | \$2,768 - \$3,459 | \$0 - \$1,840 | \$1,841 - \$3,459 | \$0 - \$1,384 | \$1,385 - \$3,459 |
| 4 | \$0 - \$3,334 | \$3,335 - \$4,167 | \$0 - \$2,217 | \$2,218 - \$4,167 | \$0 - \$1,667 | \$1,668 - \$4,167 |
| 5 | \$0 - \$3,900 | \$3,901 - \$4,875 | \$0 - \$2,594 | \$2,595 - \$4,875 | \$0 - \$1,950 | \$1,951 - \$4,875 |
| 6 | \$0 - \$4,467 | \$4,468 - \$5,584 | \$0 - \$2,971 | \$2,972 - \$5,584 | \$0 - \$2,234 | \$2,235 - \$5,584 |

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

SECCIÓN 1

Incluya la información sobre la persona que solicita inscribir al niño, la mujer embarazada, el niño que está por nacer, o que desea inscribirse.

Pregunta 16

• **Le aconsejamos que aproveche el cuidado de salud para sus hijos, sin importar para qué programa califiquen.**

• **Niños:** Inscribiremos a su niño/a en el programa para el que califique a menos que usted nos diga que no. Si usted no quiere que su niño se inscriba en uno de estos programas, marque el cuadro del programa que no desea. Esto quiere decir que si usted marcó el cuadro de **Medi-Cal** y su niño es elegible para **Medi-Cal**, él o ella no recibirá cobertura de salud de ninguno de estos programas.

• **Mujeres embarazadas:** El programa Acceso para Bebés y Madres (**AIM**) provee atención de salud a las mujeres embarazadas que no tienen seguro, cuyos ingresos son demasiado altos para calificar para **Medi-Cal sin costo**. Para más información o para recibir una solicitud de **AIM**, llame al **1-800-433-2611**.

SECCIÓN 2

Incluya la información sobre los niños menores de 19 años y/o la mujer embarazada que desea recibir cobertura de salud.

Conteste las preguntas 17 a 32 para cada niño o mujer embarazada que desea recibir cobertura de salud. Si solicita inscribir a un niño que está por nacer, marque el cuadro que corresponde a un niño que está por nacer en la columna del **Niño 1** e incluya toda la información que tenga actualmente. La cobertura del niño que está por nacer comenzará luego de que **Healthy Families** reciba la documentación del nacimiento del niño. Para inscribir a más niños, use otra hoja o una fotocopia de las páginas A1 y A2 de la solicitud.

Pregunta 18

Conteste esta pregunta si la respuesta es diferente de lo que respondió en la pregunta 17.

Pregunta 19

Escriba la dirección completa, incluyendo el número y el nombre de la calle, el número de apartamento, la ciudad y el código postal, si es diferente de la que escribió en la sección 1.

Pregunta 20

Cómo está relacionado cada niño o mujer embarazada con la persona en la sección 1, pregunta 1.
Por ejemplo: hija, cónyuge, hijastro/a, sobrino, etc.



SOLICITUD



Por favor use las instrucciones para completar esta solicitud. Escriba claramente en letra de molde. Use tinta negra o azul únicamente.

SECCIÓN 1: Incluya la información sobre la persona que solicita inscribir al niño, la mujer embarazada, el niño que está por nacer, o que desea inscribirse.

CORTE AQUÍ

| | | | | | |
|------------|---|----------|----------------------------|------------|--|
| 1 | APELLIDO | NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | 2 | FECHA DE NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO |
| 3 | DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE). NO UTILICE UN APARTADO POSTAL | | | 4 | Nº DE APARTAMENTO |
| 5 | | | | 5 | Nº DE TELÉFONO RESIDENCIAL () |
| 6 | CIUDAD | 7 | CONDADO | 8 | CÓDIGO POSTAL |
| 9 | | | | 9 | Nº DE TELÉFONO DEL LUGAR DE TRABAJO () |
| 10 | DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR) O APARTADO POSTAL | | | 11 | Nº DE APARTAMENTO |
| 12 | | | | 12 | Nº DE TELÉFONO PARA MENSAJES () |
| 13 | CIUDAD | | | 14 | CÓDIGO POSTAL |
| 15A | ¿QUÉ IDIOMA HABLA MEJOR? | | | 15B | ¿EN QUÉ IDIOMA LEE MEJOR? |

16 Inscribiremos al niño o a la mujer embarazada en el programa para el cual califiquen. Si usted no quiere que se le inscriba en uno de esos programas, marque los cuadros que están a continuación.

NO DESEO INSCRIBIRME EN: **Healthy Families:** No mande las actas de nacimiento. No complete la página de Healthy Families.
 Medi-Cal

SECCIÓN 2: Incluya la información sobre los niños menores de 19 años y/o la mujer embarazada que desean recibir cobertura de salud.



Marque el cuadro si es niño por nacer

| | | | | | | |
|-----------|--|---|---|---|---|---|
| 17 | Nombre: Apellido | | | | | |
| | Nombre | | | | | |
| | Segundo nombre | | | | | |
| 18 | Nombre en el acta de nacimiento: Apellido | | | | | |
| | Nombre | | | | | |
| | (Si es igual al 17, déjelo en blanco.) Segundo nombre | | | | | |
| 19 | Si la dirección del niño no es la misma que en la sección 1, pregunta 3, ponga la dirección completa: | | | | | |
| 20 | Relación con la persona de la sección 1: | | | | | |
| 21 | Género: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 22 | Fecha de nacimiento: | / / mes día año |
| 23 | Lugar de nacimiento: Condado y estado o país si no nació en Estados Unidos. | | | | | |
| 24 | Código étnico: (Vea el N° 24 de las instrucciones) | | | | | |
| 25 | ¿Ciudadano de Estados Unidos o nacional? Si no lo es, por favor incluya la fecha de entrada a Estados Unidos. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / mes día año | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / mes día año | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / mes día año | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / mes día año | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No / / mes día año |
| 26 | Nº de Seguro Social: | | | | | |

Los números de Seguro Social no se requieren para Healthy Families ni para las personas que sólo desean recibir Medi-Cal para emergencias o atención médica relacionada con el embarazo.

CORTE AQUÍ

SECCIÓN 2
(continuación)

| | | | | |
|----------------------------|--------|--------|--------|---------------------|
| Niño 1 o niño por nacer | Niño 2 | Niño 3 | Niño 4 | Mujer embarazada |
|----------------------------|--------|--------|--------|---------------------|

Marque el cuadro si es niño por nacer

| | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 | Nombre de la madre: | Apellido | | | | | | |
| | | Nombre | | | | | | |
| | ¿La madre vive en el hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 28 | Nombre del padre: | Apellido | | | | | | |
| | | Nombre | | | | | | |
| | ¿El padre vive en el hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 29 | Nombre del cónyuge del adolescente o del esposo de la mujer embarazada (si vive en el hogar) | | | | | | | |
| 30 | ¿Alguna de las personas para la que se solicitan beneficios recibe Medi-Cal sin costo ? Si la respuesta es Sí dé la fecha en que terminará/terminó la cobertura. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | mes / día / año |
| 31 | ¿La mujer embarazada y/o los niños tienen otro seguro médico, dental o de la vista? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 32 | ¿Alguno de los niños ha tenido cobertura de salud a través de un empleador durante los últimos 90 días? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Si la respuesta es Sí, marque la razón principal por qué la cobertura de salud terminó y la fecha. | <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año | <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año | <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año | <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año | <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año | <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año | <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible <input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA <input type="checkbox"/> Otra _____ _____ mes / día / año |

SECCIÓN 3: Miembros de la familia que viven en el hogar. El número de miembros en la familia se toma en cuenta para determinar para qué programa son elegibles sus niños.

33 Escriba los nombres de los demás niños menores de 21 años que viven en el hogar que no figuran en la sección 2. Indique la relación de éstos con la persona que figura en la sección 1, pregunta 1.

| | | | |
|------------------|----------|------------------|----------|
| APELLIDO, NOMBRE | RELACIÓN | APELLIDO, NOMBRE | RELACIÓN |
| APELLIDO, NOMBRE | RELACIÓN | APELLIDO, NOMBRE | RELACIÓN |

34 ¿Alguna de las mujeres de su familia que viven en el hogar está embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, quién y cuándo espera dar a luz: _____ Fecha _____

35 Escriba los nombres de los padrastros/madrastras que viven en el hogar que no haya incluido en la solicitud: _____
APELLIDO, NOMBRE

36 ¿Cualquiera de las personas nombradas en esta sección o alguno de los padres que figuran en la sección 2 desean obtener **Medi-Cal**? Sí No

CORTE AQUÍ

SECCIÓN 4: Escriba los ingresos brutos (antes de impuestos) de todas las personas que viven en el hogar que figuran en la sección 2, preguntas 17, 27, 28, 29 y en la sección 3. Si trabaja independientemente o va a comprobar sus ingresos por medio de la declaración federal de ingresos, sólo complete las preguntas 37, 38 y 40 de esta sección.

| 37 | NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS | 38 | ¿DE DÓNDE VIENEN LOS INGRESOS? | 39 | ¿QUÉ TAN SEGUIDO RECIBE PAGO? | 40 | ¿CUÁNTO RECIBE? | 41 | Nº DE SEGURO SOCIAL (opcional) |
|----|---|----|--------------------------------|----|-------------------------------|----|-----------------|----|--------------------------------|
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |

SECCIÓN 5: Deducciones de los ingresos familiares. Las respuestas en esta sección nos ayudarán a determinar las cantidades que se deducirán de los ingresos brutos mensuales de su familia.

| 42 | TIPO DE PAGO QUE HACE SU FAMILIA | 43 | NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL PAGO | 44 | CANTIDAD MENSUAL PAGADA | 45 | CUIDADO DE NIÑOS O DEPENDIENTES INCAPACITADOS (Escriba el nombre del niño) | 46 | EDAD | 47 | CANTIDAD MENSUAL PAGADA |
|----|---|----|---------------------------------------|----|-------------------------|----|--|----|------|----|-------------------------|
| | Mantenimiento de hijos | | | | | | | | | | |
| | Mantenimiento por separación o divorcio | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

SECCIÓN 6: Otra cobertura.

48 ¿Alguien ha presentado una demanda debido a accidente o lesión en nombre de la mujer embarazada y/o del niño o niños que solicitan beneficios? Sí No

49 ¿La mujer embarazada y/o los niños desean solicitar la cobertura de **Medi-Cal** para gastos médicos de los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es Sí, indique para qué mes(es): _____

50 Marque el cuadro si no desea que **Medi-Cal** comparta el formulario de solicitud de su niño con el programa de bajo costo **Healthy Families** si su niño ya no califica para **Medi-Cal** sin costo.

SECCIÓN 7: Información voluntaria. No se requiere que responda a estas preguntas. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad pero ayudarán al estado a obtener fondos adicionales del gobierno federal para pagar por programas de cuidado de salud.

51 ¿Hay más de un automóvil en el hogar de los niños? Sí No

52 ¿Hay más de \$3,150 en efectivo depositados en cuentas bancarias en el hogar de los niños? Sí No

SECCIÓN 8: Firma y certificación.

53 Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California, que las respuestas que he dado en esta solicitud, las declaraciones que hice, y los documentos presentados son verdaderos y correctos a mi saber y entender. Declaro que he leído y comprendo las instrucciones de la solicitud, las declaraciones y toda la información impresa en esta solicitud.

Firma _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____
(Si la persona firmó con una cruz)

Representante autorizado (Si lo hubiera) _____ Fecha _____

SECCIÓN 9: Llene esta sección SÓLO si recibió ayuda de un Asistente Certificado de Solicitud (CAA).

54 Si desea que la información sea revelada al CAA conteste esta pregunta:
 Al marcar este cuadro y firmar a continuación, permito a **Healthy Families** y a **Medi-Cal** que den información por teléfono acerca del estado de esta solicitud al representante de la Entidad de Inscripción mencionado abajo. Este permiso terminará en la fecha en la que el programa envíe los resultados de la determinación acerca de la elegibilidad presentada en esta Solicitud.

55 Certifico que recibí ayuda para llenar este formulario del Asistente Certificado de Solicitud mencionado más adelante. La ayuda que proporciona el CAA es **GRATUITA**. N° del CAA: N° de EE

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del CAA _____ Fecha _____

El estado no proporcionará reembolsos a la entidad de inscripción a menos que se conteste completamente y correctamente esta pregunta cuando se presente este Formulario de Solicitud.

CORTE AQUÍ



Si piensa que califica para **Healthy Families** y desea escoger su plan de salud, dental y de la vista ahora, llene esta página. Si no, nos comunicaremos con usted más adelante para pedirle esta información. Consulte su **Manual de Healthy Families** para más información o visite nuestra página en la web: www.healthyfamilies.ca.gov.

SECCIÓN A: Elección del plan de salud, dental y de la vista.

| | | | |
|--|--|--|--|
| 56 Plan de salud/código | 57 Plan dental/código | 58 Plan para la vista/código | |
| 59 Nombre del doctor/clínica <i>(opcional)</i> | 60 Código del doctor/clínica <i>(opcional)</i> | 61 Nombre del dentista/clínica <i>(opcional)</i> | 62 Código del dentista/clínica <i>(opcional)</i> |

SECCIÓN B: Proyecto de demostración.

63 Si pertenece a uno de estos grupos, le ofrecemos una nueva combinación de plan de salud, dental y de la vista disponible en todo el estado. Puede escoger esta nueva combinación y escribir el código en el cuadro siguiente. Consulte el **Manual de Healthy Families** sobre el código de combinación de planes. Marque todos los cuadros que correspondan.

Indígena Americano
 Empleado en los siguientes trabajos de temporada o migratorios:

 Agricultura
 Forestal
 Pesca

Código de combinación de planes

SECCIÓN C: Declaraciones de Healthy Families.

Declaro que cada persona para la que solicito beneficios:

- Reside en California.
- No está en la cárcel ni en un hospital de salud mental.
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B.
- No es miembro de una familia que es elegible para recibir beneficios médicos a través del Programa(s) de Atención Médica del Sistema de Retiro para Empleados Públicos de California.

Asimismo declaro que:

- Todas las personas que figuran en esta solicitud cumplirán con las normas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que estén inscritos.
- He leído y comprendo el **Manual de Healthy Families**, comprendo lo que dice sobre cada plan de salud, dental y de la vista, y los beneficios que estos ofrecen.

- Solicito inscribir a aquellos de mis hijos que sean elegibles para **Healthy Families**, a menos que ya estén inscritos, o tengo 18 años o soy menor de edad y solicito inscribirme.
- Me comprometo a pagar seis pagos mensuales. Si no hago estos pagos, se anulará mi inscripción en el programa y no podré participar por 6 meses. Deberé pagar por cualquier servicio de **Healthy Families** que reciba en el mes después de que mi cobertura termine.
- Autorizo al Programa **Healthy Families** a que verifique los ingresos de mi familia, la cobertura de salud, el estado inmigratorio de las personas para quienes hago la solicitud y toda la demás información en esta solicitud.
- Declaro que notificaré al programa dentro de un plazo de 30 días sobre cualquier cambio de dirección de cualquiera de las personas a las que solicito inscribir que sean aceptadas en el programa, y sobre cualquier cambio en la dirección del solicitante a quien se deben mandar los cobros.

SECCIÓN D: Aviso sobre la privacidad.

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal sobre Privacidad requieren que el Programa **Healthy Families** informe lo siguiente a las personas a quienes **Healthy Families** les solicita información:

La información personal y médica se solicita sólo para la identificación del suscriptor y la administración del programa. Las normas del programa requieren, en el Título 10, CCR, Artículo 2699.6600, que toda persona proporcione cierta información cuando solicite inscribirse en el Programa **Healthy Families**. La información sobre el suscriptor podrá ser compartida con agencias locales y del estado que participen en la administración de programas de cuidados de salud. La información sobre las personas que no se inscriban (incluyendo el estado inmigratorio), se utilizará sólo para determinar la elegibilidad y para la administración del programa. El no dar esta información puede causar que la solicitud sea devuelta por estar incompleta. No es obligatorio incluir la siguiente información en la solicitud: número de Seguro Social, información étnica (a menos que el suscriptor sea Indígena Americano) y cualquier otra pregunta que diga voluntaria u opcional. Una persona tiene derecho de acceso a los archivos con su información personal que se encuentran en poder de la Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Mayores (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario a cargo de la información es el Director Adjunto de Elegibilidad e Inscripción (Deputy Director of Eligibility and Enrollment), Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Mayores, 1000 G Street, Oficina 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4695.

SECCIÓN E: Resolución de disputas.

Al inscribirse en ciertos planes está de acuerdo en que ciertos reclamos (que pueden incluir los reclamos por negligencia de práctica médica) sean decididos mediante un arbitraje neutral obligatorio. Los miembros renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal. El **Manual de Healthy Families** incluye información sobre cada plan y el requisito de arbitraje. Puede llamar a los planes que escoja para recibir más información.

SECCIÓN F: Firma y certificación.

64 **Certifico** que he leído y comprendo la información anterior. **También certifico** que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

(Si la persona firmó con una cruz)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

SECCIÓN 2 (Continuación)

Pregunta 23



Escriba el lugar de nacimiento de cada niño o mujer embarazada. Si nacieron en California, escriba el nombre del condado. Si nacieron fuera de California, escriba el nombre del estado. Si nacieron fuera de Estados Unidos, escriba el nombre del país.

Pregunta 24

Use la siguiente tabla para determinar el número o letra del código étnico correspondiente para contestar la pregunta 24. Es opcional dar el código étnico excepto para las personas de origen Indígena Americano.

Códigos Étnicos

| | | | | | |
|----|----------------------|---|-----------------|---|----------------|
| 1 | Blanco | A | Amerasiático | N | Indio Asiático |
| 2 | Hispano | C | Chino | P | Hawaiano |
| 3 | Negro/Afro Americano | H | Camboyano | R | Nativo de Guam |
| 4 | Asiático | J | Japonés | T | Laosiano |
| 5a | Indígena Americano | K | Coreano | V | Vietnamita |
| 5b | Nativo de Alaska | M | Nativo de Samoa | Z | Otro |
| 7 | Filipino | | | | |

Pregunta 25

- La información sobre el estado inmigratorio que recibimos como parte de esta solicitud es confidencial y privada. El estado sólo usará esta información para determinar la elegibilidad de los solicitantes y para la administración del programa. (Vea Aviso de Privacidad de **Medi-Cal**).

Medi-Cal y **Healthy Families** no solicitan información sobre el estado inmigratorio de los padres/tutores que no desean recibir cobertura de salud para sí mismos. Estos programas no pueden y no darán información sobre el estado inmigratorio de tales padres al INS, ni utilizarán la información sobre el estado inmigratorio para pedir el reembolso por el costo de cualquier beneficio que se haya recibido legalmente.

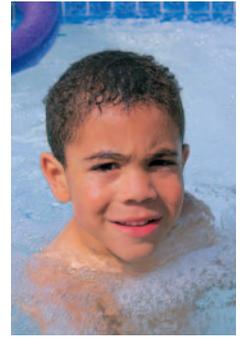
- Dé información sobre el estado inmigratorio **solamente** de las personas que solicitan cobertura de salud. No incluya información de las personas (tales como los padres) que no solicitan cobertura de salud.
- Muchos inmigrantes pueden calificar para **Healthy Families** y **Medi-Cal**.

Para **Healthy Families**: Los niños extranjeros deben tener un estado inmigratorio satisfactorio. El **Manual del Programa Healthy Families** explica cuáles son los extranjeros que pueden ser elegibles y da una lista de estados inmigratorios.

Para **Medi-Cal**: Los niños y las mujeres embarazadas indocumentados pueden recibir servicios relacionados con el embarazo y de emergencia. Los inmigrantes que reúnen todos los requisitos de ingresos y estado inmigratorio pueden recibir los **beneficios completos de Medi-Cal**.

Pregunta 26

- Los números de Seguro Social **no se necesitan** para **Healthy Families** ni para las personas que sólo desean recibir **Medi-Cal** para servicios de emergencia o relacionados con el embarazo.



- Se necesita el número de Seguro Social de cada niño, adolescente o mujer embarazada que solicita **beneficios completos de Medi-Cal**.
- Si no tiene un número de Seguro Social y desea recibir **beneficios completos de Medi-Cal**, puede solicitar inscribirse ahora y entregarnos el número dentro de los próximos 60 días.
- Para más información sobre cómo solicitar un número de Seguro Social, por favor llame **gratis** a la Administración de Seguro Social al **1-800-772-1213**.



Pregunta 27

Escriba el nombre de la madre de cada niño y/o de la mujer embarazada. Si la madre de todos los niños es la misma persona, escriba su nombre para el Niño 1, escriba "el mismo" para los otros niños y/o para la mujer embarazada.

Pregunta 28

Escriba el nombre del padre de cada niño y/o de la mujer embarazada. Si el padre de todos los niños es la misma persona, escriba su nombre para el Niño 1, escriba "el mismo" para los otros niños y/o para la mujer embarazada.

Pregunta 29

Escriba el nombre del cónyuge del adolescente si el cónyuge vive en el hogar. Escriba el nombre del esposo de la mujer embarazada si están casados y el esposo vive en el hogar.

Pregunta 30

Si el niño recibió o recibe **Medi-Cal sin costo** y el condado le envió una carta informándole que el niño recibe o recibirá **Medi-Cal con parte del costo**, marque Sí. Escriba la fecha en que terminará la cobertura de **Medi-Cal sin costo** para cada persona. Si la respuesta es no, marque No.

Preguntas 31 y 32

- Para **Medi-Cal**: Usted puede recibir **Medi-Cal sin costo** y aún tener otra cobertura de salud. **Medi-Cal** puede cubrir lo que no cubre su otro seguro.
- Para **Healthy Families**: Su niño no será elegible para **Healthy Families** si está inscrito en un seguro de salud patrocinado por el empleador.



SECCIÓN 3

Miembros de la familia que viven en el hogar. El número de miembros en su familia se usa para determinar para cuál programa son elegibles sus niños.

¿A quiénes se considera miembros adultos de la familia?

- Los padres naturales o adoptivos del niño que reciba los beneficios.
- El esposo de la mujer embarazada que solicita inscribirse.
- La mujer embarazada.
- Un menor emancipado o un menor que vive y se mantiene económicamente por su cuenta.

¿A quiénes se considera hijos naturales y adoptivos?

- Un niño que está por nacer.
- Todos los niños menores de 21 años que viven en el hogar.
- Todos los niños menores de 21 años que están estudiando y viven fuera de su casa, y que usted declara como dependientes en su declaración de ingresos.

No cuente los miembros en la familia que reciben asistencia pública, como **SSI/SSP** o **CalWORKs**.

Pregunta 33

Los niños menores de 21 años de edad que viven en el hogar cuentan como miembros de la familia en el cálculo de los ingresos familiares. **Por ejemplo:** si se incluyen dos niños en la sección 2 y dos niños en la sección 3, tal vez podamos contarlos como cuatro niños que viven en el hogar en lugar de dos. Escriba los nombres de los hermanos, hermanas, hermanastros y hermanastras que viven en el hogar que no estén incluidos en la sección 2, pregunta 17 (niño 1, niño 2, niño 3 ó niño 4).

Pregunta 34

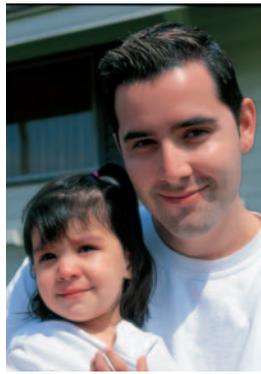
La atención prenatal es importante para todas las mujeres embarazadas. La respuesta a esta pregunta ayudará a un representante del programa de **Medi-Cal** a identificar las solicitudes de las mujeres embarazadas para procesarlas más rápidamente.

Pregunta 35

La respuesta a esta pregunta nos ayudará a calcular los ingresos correctos de su familia.

Pregunta 36

Marque Sí, si un hermano/hermana, hermanastro/hermanastra de 19 a 21 años de edad o un padre o padrastro desea recibir cobertura de **Medi-Cal**. Si marca Sí, se comunicarán con usted para pedirle más información.



SECCIÓN 4

Escriba los ingresos de todas las personas en las secciones 2 y 3 que viven en el hogar. Esta información se usa para determinar para cuál programa es elegible.

Pregunta 37

Use un renglón separado para cada persona que recibe ingresos. Si una persona recibe ingresos de dos fuentes diferentes, use dos renglones. **Por ejemplo:** si María tiene dos empleos, use un renglón para cada empleo para reportar sus ingresos.

Pregunta 38

Escriba de dónde vienen los ingresos. **Por ejemplo:** los ingresos pueden ser por trabajo (del empleador o como trabajador independiente); pagos de mantenimiento de hijos hechos por un padre/una madre que no vive en el hogar; mantenimiento por separación o divorcio pagado por un ex cónyuge; pagos por beneficios de agencias del gobierno, tales como el Seguro Social por Incapacidad del Cónyuge Sobreviviente y de la Administración de Veteranos; pólizas de seguro; fondos de retiro; alquiler de propiedades; y regalos de familiares y amigos; etc. Si tiene preguntas sobre qué ingresos debe incluir, por favor llame **gratis** al **1-800-880-5305**.

No incluya como ingresos los pagos de SSI/SSP; los pagos para hogares de crianza (foster care) de niños a su cargo; programas de trabajo estudiantil universitario; los pagos de CalWORKs (reemplaza al programa AFDC); los préstamos; y los ingresos de un niño menor de 14 años o que asiste a la escuela.

Pregunta 39

¿Qué tan seguido le pagan? **Por ejemplo:** una vez por semana (semanalmente), cada dos semanas, dos veces por mes, una vez por mes, una vez por año, etc.

Pregunta 40

- Escriba la cantidad de ingresos que recibe cada vez. **Por ejemplo:** si los ingresos se reciben una vez por semana, escriba la cantidad semanal en este cuadro.
- Si las cantidades de los ingresos cambian de vez en cuando, escriba la cantidad promedio que recibe con regularidad. Utilizaremos el talon de pago u otro documento que nos entregue para calcular los ingresos brutos mensuales correctos.
- Si sabe que los ingresos de su familia subirán o bajarán **durante los próximos meses**, debido a horas extra, promoción, aumentos de sueldo, aumentos esperados en los pagos de mantenimiento de hijos/mantenimiento por separación o divorcio, despido, descanso, etc., explíquelo en una hoja separada. **Por ejemplo:** Los ingresos de María de este mes por su empleo son de \$1000 pero sus ingresos mensuales comunes son de sólo \$800. Explique en la hoja que el cheque de pago de María incluye \$200 por horas extra (o un bono de \$200), y por cuánto tiempo más tendrá horas extra (qué tan seguido recibe bonos).
- Si trabaja independientemente, escriba las ganancias netas del Anexo C de la declaración federal de ingresos del año pasado o incluya las declaraciones de ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses.
- Si usa la declaración federal de ingresos del año pasado, sume todas las cantidades que reporte. No deduzca las pérdidas.

Pregunta 41

- Es opcional dar los números de Seguro Social en esta pregunta.



SECCIÓN 5

Deducciones de los ingresos familiares.

Las respuestas en esta sección nos ayudarán a determinar qué cantidades debemos usar para reducir los ingresos mensuales de su familia.

Pregunta 42

Reduciremos de los ingresos familiares los pagos de **mantenimiento de hijos o mantenimiento por separación o divorcio** que se hacen por orden judicial.

Pregunta 43

Escriba el nombre de la persona que paga mantenimiento de hijos o mantenimiento por separación o divorcio.

Pregunta 44

Escriba la cantidad total que el padre/la madre del niño o el esposo de la mujer embarazada (que se incluye en la sección 2) paga al mes por mantenimiento de hijos o mantenimiento por separación o divorcio.

Pregunta 45

Escriba el nombre de cada niño o dependiente incapacitado que recibe cuidado.

Pregunta 47

Escriba la cantidad total que se paga en un mes por cada niño o dependiente incapacitado.

Podemos deducir de los ingresos familiares los pagos por el **cuidado de niños y/o dependientes incapacitados** si:

- La persona que hace los pagos es el padre o la madre del niño o el esposo de la mujer embarazada (que se incluye en la sección 2); y
- El padre o madre del niño o el esposo de la mujer embarazada (que se incluye en la sección 2) está trabajando o participa en un programa de capacitación laboral y no hay ninguna persona en el hogar que pueda proveer ese cuidado.

No deduciremos más que el máximo permitido para el cuidado de cada niño o de cada dependiente incapacitado. Los máximos se basan en la edad de la persona que recibe el cuidado.

Las cantidades mensuales máximas que se pueden deducir por cada niño y dependiente incapacitado son:

Niño menor de 2 años de edad = \$ 200

Niño de 2 años de edad y mayor = \$ 175

Dependiente incapacitado de cualquier edad = \$ 175

DEDUCCIONES POR GASTOS DE TRABAJO

Se hará una deducción de hasta \$90 por cada persona en su familia incluida en la sección 4 que esté trabajando o que reciba pagos del Seguro Estatal por Incapacidad o de Compensación para Trabajadores.

DEDUCCIONES POR MANTENIMIENTO DE HIJOS Y/O

MANTENIMIENTO POR SEPARACIÓN O DIVORCIO

Si recibe ingresos de mantenimiento de hijos y/o mantenimiento por separación o divorcio, se deducirán \$50 de sus ingresos familiares.

SECCIÓN 6

Otra cobertura.

Pregunta 48

Si **Medi-Cal** paga los servicios médicos que usted necesita si sufre un accidente o una lesión, los costos pueden ser rebajados de su compensación por un acuerdo judicial si usted recibe dinero.

Pregunta 49

Medi-Cal tal vez pueda ayudarle a pagar parte de los gastos médicos que haya tenido en los 3 meses antes de la fecha en que completó esta solicitud.

- Aunque usted solicite **Healthy Families**, si tiene gastos médicos de los 3 meses antes de la fecha en que completó esta solicitud, **Medi-Cal** tal vez pueda ayudarlo.
- Un representante de **Medi-Cal** lo llamará para pedirle más información si marca Sí.

Pregunta 50

Si usted inscribe al niño mencionado en la Sección 2 en **Medi-Cal sin costo**, y aumentan sus ingresos en el futuro o su estado cambia, enviaremos su solicitud a **Healthy Families**. Si no desea que enviemos su solicitud a **Healthy Families**, marque este cuadro.

SECCIÓN 7

Información voluntaria.

Pregunta 51 y 52

No tiene que contestar estas preguntas.

SECCIÓN 8

Firma y certificación.

Pregunta 53

La legislación estatal y federal requiere su firma en este formulario de solicitud. Su firma en esta sección indica que sus declaraciones y respuestas son verdaderas y que los documentos presentados son verídicos y correctos.

SECCIÓN 9

Asistencia de solicitud.

Pregunta 54

Al marcar el cuadro usted permite a **Healthy Families** y a **Medi-Cal** que den información por teléfono acerca del estado de su Formulario de Solicitud al representante de la Entidad de Inscripción (EE) mencionada. Este permiso terminará en la fecha en la que el programa envíe por correo los resultados de la determinación acerca de la elegibilidad presentada en esta Solicitud.

Pregunta 55

Usted declara que recibió ayuda del CAA para que los programas puedan reembolsar a la EE por ayudarlo.



CÓMO COMPLETAR LA PÁGINA DE HEALTHY FAMILIES

Preguntas 56 a 64

Responda a estas preguntas si piensa que sus hijos son elegibles para **Healthy Families** y quiere que la cobertura comience lo más pronto posible. De otra manera nos comunicaremos con usted después. El **Manual de Healthy Families** tiene información importante sobre el programa, los planes disponibles en su condado, cómo escoger un doctor o dentista y los pagos mensuales.

Use el **Manual** para escoger un plan de salud, dental y de la vista.

Mande su primer pago mensual con esta solicitud, página A1-A4. Si paga ahora 3 meses juntos, ¡su cuarto (4°) mes es **GRATIS!** Haga sus pagos a la orden de **Healthy Families** Program. Puede mandar cheques personales, cheques de cajero (cashier's checks) o giros postales (money orders). Lo sentimos, no podemos aceptar dinero en efectivo. Consulte el **Manual de Healthy Families** para saber cuál será su pago mensual. Si su niño no es elegible para **Healthy Families** le reembolsarán su pago mensual.

Para solicitar una copia del **Manual de Healthy Families**, por favor llame gratis al 1-800-880-5305. Visite nuestra página en la web: www.healthyfamilies.ca.gov.



QUÉ DOCUMENTACIÓN SE REQUIERE

- Una copia del acta de nacimiento para todos los ciudadanos estadounidenses y nacionales que soliciten beneficios. Mándela ahora o dentro de los 60 días de inscribirse.



-
- Una prueba del estado inmigratorio o un recibo del INS que muestre que usted solicitó el reemplazo de un documento perdido.

Sólo las personas que solicitan cobertura de salud deben enviar una copia del documento que muestra la fecha de entrada al país (de ambos lados) o del recibo ahora o dentro de los 30 días de inscribirse. Si el niño o la mujer embarazada no tiene ningún documento inmigratorio, aún puede ser elegible para recibir servicios de **Medi-Cal** de emergencia o relacionados con el embarazo.

- **Pruebas de las deducciones** que se declaran en la sección 5. Para el cuidado de niños y dependientes incapacitados, mande los recibos o los cheques cancelados.
- **Pruebas de residencia en California.** También puede usar las pruebas de sus ingresos como prueba de residencia. Si sus ingresos no son de California, mande otra prueba de residencia.
- Si está embarazada, o solicita inscribir a un niño que está por nacer, **prueba de embarazo** de su doctor o clínica.
- **Pruebas de ingresos.** Mande una copia del talón de pago más reciente. Si no tiene el talón de pago, pídale a su empleador una declaración firmada. La declaración debe indicar sus ingresos brutos mensuales y las fechas en que recibe sus pagos.



○
Mande una copia del formulario de declaración federal de ingresos del año pasado.

Otras pruebas de ingresos que puede mandar:

- Si alguna persona trabaja independientemente, mande la declaración federal de ingresos del año pasado (con el Anexo C) o las **declaraciones de ganancias y pérdidas de los últimos 3 meses.**
- Si alguna persona recibe ingresos tales como **pagos por incapacidad o retiro**, mande copias de la **carta que le otorga el beneficio o estados de cuenta bancarios** que muestran el depósito directo.
- Si alguna persona recibe pagos por **mantenimiento de hijos y/o mantenimiento por separación o divorcio**, mande copias de los cheques recibidos o **declaraciones de pago de la División de Mantenimiento Familiar de la Oficina del Fiscal de Distrito** del último mes.
- Sólo para **Healthy Families**: Se puede usar como prueba de ingresos una carta de "**Notificación de Acción**" de **Medi-Cal** con parte del costo ("**Share-of-Cost Notice of Action**") que haya recibido durante los últimos 30 días que indique que el niño recibe parte del costo.



Aviso de confidencialidad de Medi-Cal:

Los Artículos 10850 y 14100.2 del Código de Beneficencia e Instituciones (Welfare and Institutions Code) establecen que la información que se proporciona en esta solicitud es confidencial y privada. La información se podrá revelar sólo en conformidad con esas leyes.

Declaraciones, Derechos y Responsabilidades de Medi-Cal:



Tengo derecho a:

- Ser tratado con decencia e igualdad, sin importar mi raza, color, religión, origen nacional, género, edad o creencia política.
- Solicitar un intérprete.
- Solicitar una audiencia imparcial si considero que una decisión relacionada con mi caso de **Medi-Cal** es injusta o incorrecta. Debo solicitar una audiencia dentro de los 90 días de haber recibido una Notificación de Acción. Para información sobre audiencias imparciales de **Medi-Cal**, llame **gratis** al **1-800-952-5253**.



Tengo las siguientes responsabilidades:

- Mandar al condado un informe de ajuste cuando éste lo solicite.
- Notificar dentro de un plazo de 10 días cualquier cambio en la información que estoy dando en esta solicitud.
- Notificar al condado si un miembro de mi familia solicita beneficios por incapacidad, vive en una institución pública o si recibe atención médica por algún accidente o lesión provocada por otra persona.
- Cooperar si mi caso es revisado.

Declaro que cada persona para quien solicito beneficios:

- Reside y tiene intenciones de permanecer en California.
- No es propietario ni renta una residencia principal fuera de California.
- No recibe asistencia pública de fuera de California.
- No está en la cárcel, en la prisión ni en ninguna otra institución correccional.



Asimismo declaro que:

- Comprendo que como condición de mi elegibilidad para **Medi-Cal**, todos los derechos a recibir asistencia médica se asignan automáticamente al estado de California.
- Si no soy elegible para este programa de **Medi-Cal**, comprendo que es posible que califique para otros programas y tengo derecho a solicitarlos.
- Comprendo que si intencionalmente no doy información necesaria o si doy información falsa, se me pueden negar beneficios o estos pueden ser anulados o se me podrá requerir que reembolse el pago de dichos beneficios. Asimismo, podré ser investigado por fraude.

Aviso de privacidad de Medi-Cal:

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal sobre Privacidad requieren que el Departamento de Servicios para la Salud informe lo siguiente: El Artículo 14011 del Código de Beneficencia e Instituciones y las normas incluidas en el Título 22 del Código de Normas de California (CCR), establecen que las personas que solicitan inscribirse en el programa **Medi-Cal** deben entregar la información sobre elegibilidad que requiere esta solicitud. Esta información podrá ser compartida con las agencias federales, estatales y locales para verificar la elegibilidad y para otros fines relacionados con la administración del programa **Medi-Cal**, incluyendo la confirmación con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) del estado inmigratorio, solamente para aquellas personas que solicitan beneficios completos de **Medi-Cal**. (La legislación federal establece que el INS no puede utilizar la información con ningún otro propósito, excepto en casos de fraude.) La información será utilizada por Electronic Data Systems para procesar reclamos y para fabricar las Tarjetas de Identificación para Beneficios (BIC). Si no se proporciona la información requerida, la solicitud de inscripción podrá ser rechazada.



Es obligatorio entregar toda la información solicitada en este formulario, excepto la información étnica y cualquier otro dato identificado como voluntario u opcional. Los números de Seguro Social se requieren de acuerdo con el Artículo 1137(a)(1) de la Ley de Seguro Social, y el Artículo 14011.2 del Código de Beneficencia Pública e Instituciones, a menos que se soliciten únicamente servicios de emergencia o relacionados con el embarazo.

Todas las personas tienen derecho de acceso a los archivos con su información personal que se encuentran en poder del Departamento de Servicios para la Salud en su condado.



Para Recibir Ayuda En Su Idioma...Por Favor Llame Gratis al 1-800-880-5305

For English information, Press 1.....



1

English

Si desea información en español, oprima el 2.....



2

Spanish

Muốn được giúp đỡ bằng tiếng Việt, xin gọi số trên và Bấm số 3.....



3

Vietnamese

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមជាភាសាខ្មែរ, សូមទូរស័ព្ទទៅលេខខាងលើហើយចុចលេខ 4.....



4

Cambodian

Yog koj xav paub xov ntxiv hais ua lus Hmoob, thov koj hu tus xov tooj teev los saum toj no, tom qab ntawd, koj mam nias tus nabnpawb 5.....



5

Hmong

Հայերենով տեղեկություն ստանալու համար խնդրում ենք հեռաձայնեք վերը նշված համարով եւ սեղմեք 6.....



6

Armenian

如需粵語資料，請撥上列號碼並按 7.....



7

Cantonese

한국어로 된 정보를 원하시면, 위에 나온 번호로 전화하신 다음 (8) 을 누르십시오.....



8

Korean

Для получения информации на русском языке звоните, пожалуйста, по вышеуказанному телефону и нажмите кнопку 9.....



9

Russian

برای کسب اطلاعات به زبان فارسی با شماره فوق الذکر تماس بگیرید و شماره 0 را فشار دهید.....



0

Farsi

Ofrecido por el estado de California